

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕОБЛАДАЮЩЕГО ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЛЕЙКОЗАМИ

*Величинская О.Г., Корнеева В.А., Кундер Е.В.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Пациент – это, прежде всего, личность и каждый по-разному относится к своему заболеванию, к медицинскому персоналу, а также по-разному верит как в успешное лечение заболевания, так и в его необходимость. Нередко встречаются пациенты, которые отрицают наличие у себя серьезного заболевания и полностью отказываются от терапии. Таким образом, установление типа отношения к болезни является необходимым для определения дальнейшей тактики поведения в общении с пациентом. Проблема сотрудничества врача и пациента очень важна для врачей всех специальностей [1].

Лейкозы – злокачественные опухоли кроветворной ткани с первичной локализацией в костном мозге с последующей диссеминацией в периферической крови, селезенке, лимфатических узлах и других тканях.

Острый лейкоз – опухолевое заболевание кроветворной системы, при котором субстрат опухоли составляют бластные клетки. Опухолевая трансформация осуществляется на самых ранних этапах дифференцирования стволовой кроветворной клетки, и дальнейшее ее созревание не происходит. Острый лейкоз является одним из наиболее тяжелых заболеваний из группы гемобластозов.

К хроническим лейкозам относят формы лейкозов, при которых преобладающими клетками, образующими патоморфологический субстрат опухоли и выявляемыми в периферической крови, являются клетки более зрелые, достигшие определённого уровня дифференциации.

Определение преобладающего типа отношения к болезни у пациентов с лейкозами является чрезвычайно важным для диагностики и повышения эффективности медицинской помощи в целом, а также улучшения качества жизни данной категории пациентов [2, 3].

Цель. Определение преобладающего типа отношения к болезни по методике ТОБОЛ разработанной в научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева у больных с острыми и хроническими лейкозами [3].

Материалы и методы. В исследовании участвовали 22 пациента гематологического отделения УЗ «Витебская областная клиническая больница» (12 женщин, 10 мужчин в возрасте от 21 до 72 лет). Все пациенты были опрошены по методике ТОБОЛ. С помощью опросника выявляют 12 типов отношения пациента к болезни:

1. **Гармоничный (Г)** – трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни: стремление во всем активно содействовать успеху лечения.

2. **Эргопатический (Р)** – уход от болезни в работу, характерно ответственное, одержимое отношение к работе, обусловленное стремлением сохранить возможность продолжения активной трудовой деятельности.

3. Анозогнозический (З) – активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях; приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам, отказ от обследования и лечения; легкомысленное отношение к болезни и лечению.

4. Тревожный (Г) – непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, настроение тревожное; защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический (И) – «сосредоточение на субъективных и иных неприятных ощущениях», стремление постоянно рассказывать о них окружающим; высказывание несуществующих болезней и страданий, сочетание желания лечиться и недоверия в успех

6. Неврастенический (Н) – поведение по типу «раздражительной слабости», вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаяниями и слезами.

7. Меланхолический (М) – удрученность болезнью, недоверие в выздоровление, в возможное улучшение и эффект лечения, активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей.

8. Апатический (А) – полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения; пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало

9. Сенситивный (С) – чрезмерная озабоченность возможностью неблагоприятного впечатления, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни; опасения, что окружающие станут его избегать, или с опаской относиться, распускать неблагоприятные слухи о болезни, боязнь стать обузой для близких.

10. Эгоцентрический (Я) – «уход в болезнь», выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием, требование исключительной заботы о себе.

11. Паранойяльный (П) – уверенность, что болезнь – результат чьего – то умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала.

12. Дисфорический (Д) – доминирует мрачно – озлобленное настроение, постоянный угрюмый вид; зависть и ненависть к здоровым, вспышки крайней озлобленности со склонностью винить в своей болезни других[3].

Результаты и обсуждение. По результатам исследования установлено, что у пациентов острым лейкозом эргопатический тип составляет 32%, анозогнозический тип – 34%, другие типы составляют 34%. У 38% опрошенных больных с хроническими лейкозами был выявлен гармоничный тип отношения к болезни, у 23% опрошенных анозогнозический тип, 15% эргопатический, другие типы – 24% (смешанные типы).

Выводы. Данное исследование показало, что у пациентов с острым лейкозом имеются более выраженные нарушения социальной дезадаптации, чем у пациентов с хроническим лейкозом. Таким образом эта группа пациентов

нуждается в дополнительном внимании лечащего врача для коррекции поведенческих расстройств, усугубляющих восприятие своего заболевания.

Литература:

1. Медведев, И.В. Психотерапия при психосоматических заболеваниях / И.В. Медведев // Международный центр охраны здоровья. - 2008. - 24 с.
2. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни / Л.И. Вассерман [и др.] // Метод. рекомендации. — Л., 1987. — 12 с.
3. Мягков, И.Ф. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии / И.Ф. Мягков, С.Н. Боков // Медицинская психология. - 2008. — 230 с.